

Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth es para obtener información médica de su proveedor de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad. Por favor lea las instrucciones con atención antes de completar el formulario. Si deja secciones en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth. (Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono: ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II puede divulgar la siguiente información al Servicio de Evaluación de Discapacidades (DES) de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización, atención ambulatoria a causa de afecciones, entre otros:

- ◆ problemas psicológicos/psiquiátricos
- ◆ efecto de los problemas sobre las actividades cotidianas y la capacidad para trabajar
- ◆ otra (describa): _____
- ◆ SIDA/VIH
- ◆ uso indebido de alcohol y drogas

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca de su situación de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth cuando tenía autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth, el Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y se tomará la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado:	Fecha:	
Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta:	Teléfono: ()	
Dirección:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad/población:	Estado:	Código Zip:

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (como por ejemplo padre/madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información:

Firma de la persona que está completando este formulario:	
Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado: Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o afiliado.	

MassHealth le enviará una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica para que la conserve en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario de Autorización para Divulgar Información Médica en cualquier momento por carta enviada a MassHealth a la siguiente dirección:

**MassHealth
Privacy and Security Office
600 Washington Street
Boston, MA 02111**